

久喜市福祉事務所長 あて

診 断 書

患者氏名			患者生年月日	M・T・S・H	年	月	日	
患者住所								
傷病名								
初診日	平成	年	月	日				
病状及び所見								
通院について (見込み)	必要・不要	必要の場合その期間			□終了時期は未定			
		平成	年	月	日から平成	年	月	日頃まで
	必要の場合その頻度							
	日数：週 回・月 回 付き添いの必要性：有・無・その他()							
入院について (見込み)	必要・不要	必要の場合その期間			□終了時期は未定			
		平成	年	月	日から平成	年	月	日頃まで
	付き添いの必要性：有・無・その他()							
加療期間 (見込み)	平成	年	月	日	から平成	年	月	日頃まで

【医学的見地からの現在の状態】 ※該当する選択肢に☑してください。

(日常生活)

- 基本的に日常生活はできるが、一部介助・支援が必要である。
- 基本的に日常生活はできるが、療養が必要である。
- 日常生活に支障があり、多くの介助・支援が必要である。
- 常時、伏臥または安静を保つ必要がある。

(小学校就学前児童の育児)

- 概ね育児は可能だが、症状の安定・改善のためには一部育児の援助が望まれる。
- 育児が難しい場合が多く、症状の安定・改善のためには継続的な育児の援助が望まれる。
- 育児をすることは非常に難しい状態であり、早急に育児の援助が必要である。

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日 医療機関の名称

所在地・電話番号

担当医師名

㊟

※この診断書は保育所入所にあたっての必要性を確認するために使用します。

保護者 記入欄	児 <small>ふりがな</small> 童名	生年月日	施設名	<input type="checkbox"/> 申込 <input type="checkbox"/> 内定 <input type="checkbox"/> 入所(園)中
		H 年 月 日	保育所(園)	

久喜市福祉事務所長 あて 主治医意見書（看護・介護用）

患者氏名		患者生年月日	M・T・S・H 年 月 日
患者住所			
傷病名			
初診日	平成 年 月 日		
病状及び所見			
通院について (見込み)	必要・不要 ※必要に○をつけた場合は下記の①～③欄も記入してください。		
	①通院期間：平成 年 月 日から平成 年 月 日頃まで □終了時期は未定		
	②通院頻度：週 回・月 回 ③日常生活における家族の看護及び介護： □要する ・ □要しない		
入院について (見込み)	必要・不要 ※必要に○をつけた場合は下記の①～②欄も記入してください。		
	①入院期間：平成 年 月 日から平成 年 月 日頃まで □終了時期は未定 ②入院時の家族の看護及び介護： □要する ・ □要しない		
加療期間 (見込み)	平成 年 月 日から平成 年 月 日頃まで		
<p>【医学的見地からの現在の状態】 ※該当する選択肢に☑してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 基本的に日常生活は営めるが、入浴等に一部介助が必要である。</p> <p><input type="checkbox"/> 立ち上がりや歩行が安定しない。排泄・入浴などに一部介助が必要である。</p> <p><input type="checkbox"/> 起き上がり・寝返りが自分では難しい。排泄・入浴などに一部または全部の介助が必要である。</p> <p><input type="checkbox"/> 起き上がり・寝返りが自分ではできず、排泄・入浴・衣服の着脱などに介助が必要である。</p> <p><input type="checkbox"/> 入浴・排泄・衣服の着脱など多くの日常の行為に全面的な介助が必要である。</p> <p><input type="checkbox"/> 生活全般において、全面的な介助が必要である。</p>			
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>平成 年 月 日 医療機関の名称</p> <p>所在地・電話番号</p> <p>担当医師名 ㊟</p>			

※この診断書は施設入所にあたっての必要性を確認するために使用します。

保護者 記入欄	児 <small>ふりがな</small> 童 名	生年月日	施設名	□申込 □内定 □入所(園)中
		H 年 月 日	保育所(園)	